FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 19

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS

DUS A

L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

ET EN PARTICULIER SUR L'OSTÉO-PÉRIOSTITE DU MAXILLAIRE

et son traitement par le débridement préventif

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 FÉVRIER 1889

PAR

Marie-Achille-Frédéric GALLAS

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Chartres (Eure-et-Loir), le 11 février 1866.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. AZAM,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 19

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS

DUS A

L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

ET EN PARTICULIER SUR L'OSTÉO-PÉRIOSTITE DU MAXILLAIRE

et son traitement par le débridement préventif

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 FÉVRIER 1889

PAR

Marie-Achille-Frédéric GALLAS

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Chartres (Eure-et-Loir), le 11 février 1866.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. AZAM,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS
	LANELO
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	De FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie e t Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. N....	Clin. des mal. vénér.	N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Reconnaissance sans bornes.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES AMIS

A la mémoire de mon vénéré Maître

MONSIEUR LE DOCTEUR CRAS

Médecin en chef de la Marine
Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine navale de Brest,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR AZAM

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le docteur BARRE

Médecin de première classe de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Tout a été dit sur la dent de sagesse.

Son évolution, sa physiologie, sa pathogénie sont parfaitement connues, et les travaux récents de Heydenreich et de Pravaz ont suffisamment éclairé cette partie intéressante de la chirurgie dentaire.

Notre intention est donc de rappeler succinctement les accidents multiples et divers qui précèdent ou accompagnent son apparition, en insistant particulièrement sur l'ostéo-périostite consécutive, et sur le traitement chirurgical de cette affection par le débridement préventif.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre :

I. Considérations anatomiques.

II. Divisions, pathogénie.

III. Symptomatologie, diagnostic, pronostic.

IV. Traitement.

V. Observations.

Si, renfermée dans ces limites, la question qui nous occupe échappe à la banalité et présente quelque nouveauté, nous le devons exclusivement aux travaux personnels de M. le Médecin en chef, Cras, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine navale de Brest. Mais si la tâche que nous nous étions proposée est incomplète, si les observations que nous citons ne sont pas plus nombreuses ; si, enfin, nos conclusions ne sont pas plus affirmatives, c'est qu'une mort subite et

imprévue nous a privé des conseils de notre savant maître, et ne nous a pas permis de mener à bonne fin le travail commencé sous sa haute direction.

Abandonné à nos seules ressources, nous n'eussions certes pu achever cette modeste étude sans le concours généreux de M. le Dr Barre, médecin de 1re classe de la marine, qui, en toutes circonstances, nous a prodigué ses conseils et son expérience. Qu'il daigne donc accepter l'expression de notre reconnaissance sans bornes.

Enfin nous adressons à M. le Dr Azam, professeur de pathologie externe, tous les sentiments de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS

DUS A

L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

ET EN PARTICULIER SUR L'OSTÉO-PÉRIOSTITE DU MAXILLAIRE

et son traitement par le débridement préventif.

Historique.

Si l'on s'en rapporte au travail d'Urbain Hémard (*De la vraie anatomie des dents, structure et propriétés d'icelles*, Lyon, 1581), Pline, et plus tard d'Avicenne auraient été les premiers à entrevoir les accidents qui sont dus à l'éruption de la dent de sagesse.

Soit négligence soit mépris, les chirurgiens et dentistes des époques antérieures à 1778 négligèrent ou plutôt restèrent muets sur ce point particulier. C'est alors que Hunter et puis Jourdain reprirent la question et distinguèrent les accidents de cette période en lésions de la muqueuse et en lésions osseuses proprement dites. Il faut toutefois arriver à Toirac pour trouver une description précise en même temps que des indications thérapeutiques.

Dès lors (1828), les publications abondent. Citons entre autres les travaux de Lisfranc, Velpeau, Robert, Nélaton et Magitot, en France; de Lœvenhardt, Albrecht, Weber, Weld et Tomes, à l'étranger; les thèses de Chevassu, Reynaud, Comoy, d'Arnulphy, Cornudet; et, pour terminer, la remarquable thèse d'agrégation de M. Heydenreich (1878), dans laquelle l'histoire de cette éruption est tracée d'une façon magistrale.

I

Considérations anatomiques.

Avant d'énumérer la liste, malheureusement trop longue, des accidents que peut entraîner l'évolution ou l'éruption de la dent de sagesse, il nous semble utile de rappeler le plus brièvement possible le développement et l'anatomie de cet organe, ainsi que les rapports qu'il affecte avec les parties voisines.

Ainsi que l'ont établi les dernières recherches de MM. Legros et Magitot, la dent, avant d'arriver à sa forme définitive, passe par deux phases bien distinctes : la phase d'évolution et la phase d'éruption.

1° *Phase d'évolution.*

Vers le quatrième mois de la vie intra-utérine, le cordon épithélial de la première molaire apparaît tout d'abord. Ce cordon, qui provient de la couche épithéliale de la muqueuse gingivale, envoie, lorsque l'enfant est âgé de 2 ou 3 mois, un prolongement cylindrique, dirigé en arrière, et qui sera l'origine de la seconde molaire. Enfin, vers la troisième année seulement, le bourgeon épithélial, d'où dérivera plus tard la dent de sagesse, se détache à son tour du bourgeon de la seconde molaire et s'arrête là où va commencer la formation folliculaire, c'est-à-dire immédiatement au-devant de la branche montante du maxillaire.

Cette formation successive des trois dernières molaires, citée

par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, était importante à signaler, car elle permettra de comprendre en partie la pathogénie des accidents qui nous occuperont dans le cours de ce travail.

Tel que nous venons de le décrire, le bourgeon épithélial, ainsi que les bourgeons des autres dents, va parcourir dans son développement quatre périodes qui sont, d'après Broca :

La période embryoplastique; la période odontoplastique; la période coronaire; la période radiculaire.

La dent a terminé la première partie de son développement. Elle va entrer dans la phase d'éruption. Cette phase, selon la plupart des auteurs, s'accomplit de 18 à 25 ans. Cependant nous avons observé plusieurs cas où elle n'est apparue qu'à l'âge de 40 à 45 ans; et un autre, à l'âge de 70 ans, chez un officier supérieur. Nous pourrions donc sans crainte de nous avancer affirmer que son évolution a lieu à tous les âges.

2° *Phase d'éruption.*

Le mécanisme de cette période est absolument le même que celui des dents temporaires ou permanentes.

Voici, d'ailleurs, ce que dit M. le professeur Heydenreich dans sa thèse d'agrégation :

« Les trois premières périodes de l'évolution sont terminées; » la couronne de la dent est complètement formée; la racine » va se développer à son tour.

» Mais ce développement, et par conséquent cet allongement » de la racine, n'a pu se faire sans avoir d'importantes consé- » quences. En effet, l'espace primitivement occupé par la dent, » lorsque sa couronne était seule formée, devient trop restreint; » d'autre part, la racine ne pouvant s'enfoncer dans la

» mâchoire, où elle rencontre un tissu osseux résistant, com-
» munique à la dent tout entière un mouvement lent de trans-
» lation vers la gencive. De la sorte, la racine prend dans
» l'alvéole la place qu'y occupait la couronne, et celle-ci tra-
» verse tout à la fois la gencive et la paroi folliculaire, pour
» faire saillie sur le bord alvéolo-dentaire. »

Restent enfin à étudier les rapports de la troisième molaire et la disposition de la muqueuse et du périoste qui tapissent le corps du maxillaire.

A proprement parler, on ne peut séparer la muqueuse gingivale du périoste. Ils sont unis entre eux par des adhérences telles, qu'ils forment une véritable fibro-muqueuse, et que, dans le cas d'abcès, le pus ne pourra jamais s'insinuer entre eux. Mais l'adhérence de cette fibro-muqueuse à l'os est loin d'être aussi considérable. Il suffit d'avoir pratiqué ou vu pratiquer une résection du maxillaire inférieur à l'amphithéâtre ou dans une salle d'opération, pour savoir avec quelle facilité on détache le périoste du corps de l'os. Le pus sera donc forcé de se collecter entre l'os et la membrane, mais il ne pourra être perçu que fort tard en raison des dispositions anatomiques suivantes :

On sait qu'au niveau des insertions musculaires sur une surface osseuse le périoste fait défaut. Or, sur le maxillaire inférieur, toute cette portion comprise entre le bord postérieur de la branche montante en arrière, et une ligne verticale passant par la deuxième grosse molaire, en avant, est dépourvue de périoste, puisqu'elle sert d'implantation aux fibres inférieures du masséter en dehors, et en dedans, mais sur une moindre étendue, à celles du ptérygoïdien interne.

Remarquons que l'alvéole de la dernière grosse molaire est précisément comprise dans cette région du maxillaire inférieur.

Qu'un processus inflammatoire prenne naissance au niveau de l'alvéole pendant l'éruption de la dent, il se trouvera longtemps maintenu dans la région périosto-osseuse, bridé par les solides insertions musculaires, et ce ne sera qu'au bout d'un temps fort long que la collection deviendra perceptible au palper.

Nous verrons plus tard quel sera son point d'élection.

Cependant, avant d'abandonner l'étude anatomique de la question, il nous paraît intéressant de dire quelques mots des lymphatiques.

D'après M. Sappey (*Anat. descriptive*, t. II, p. 860), les ganglions cervicaux, indépendamment des lymphatiques de la langue et des fosses nasales, reçoivent encore ceux des gencives, de la muqueuse palatine, du voile du palais, des amygdales et des organes environnants.

Le réseau des gencives, composé d'abord de capillaires extrêmement fins, augmente de volume à mesure qu'on se rapproche soit de la partie médiane de la muqueuse palatine, soit de sa partie postérieure pour former bientôt de véritables troncs.

Ceux qui émanent de la muqueuse gingivale inférieure descendent sur les faces interne et externe du maxillaire inférieur et se jettent dans les ganglions sous-maxillaires.

Cet exposé sommaire nous permettra de comprendre dans la suite la différence qui existe entre l'ostéo-périostite et l'adénophlegmon, ces deux affections, ainsi que nous le dirons plus tard, ayant souvent la même origine : une carie dentaire.

II

Division. — Pathogénie.

On a proposé de nombreuses classifications pour les accidents de la dent de sagesse.

En général, on compte deux grandes classes correspondant aux deux phases traversées par l'organe avant d'arriver à son complet développement. Ce sont :

α Accidents de l'évolution ;

β Accidents de l'éruption.

Nous n'insistons pas sur les premiers. Tout le monde les connaît; ils sont encore plus fréquents et plus graves chez les carnivores que chez l'homme. La maladie des chiens, à l'époque de leur dentition, en est un exemple; elle est presque fatale chez eux.

Chez les enfants, tous les jours nous assistons au cortège des symptômes suivants : du côté de l'appareil digestif, anorexie, vomissements, diarrhées parfois persistantes et rebelles. Des accidents graves ne succèdent-ils pas aux divers symptômes présentés par le système nerveux, douleur, irritabilité, convulsions? L'ophtalmie, l'ulcération de la cornée, la photophobie, l'engorgement des ganglions, etc., etc., ne viennent-ils pas révéler au moment de l'évolution dentaire un tempérament scrofuleux? Que dirons-nous des manifestations tuberculeuses provoquées par l'anorexie qui, finissant par débiliter l'organisme, nous montrent le carreau, la méningite tuberculeuse?

Et tout cela parce que les gencives sont irritées!

Nous ajouterons à un autre point de vue les accidents produits par des tumeurs provenant d'évolution vicieuse. Tels les kystes folliculaires, les odontomes, etc., etc.

Les accidents de l'éruption sont moins connus. Ils ont été divisés par Magitot en accidents inflammatoires se subdivisant eux-mêmes en accidents muqueux, et accidents osseux ; et en accidents nerveux.

Notre but étant de nous limiter presque exclusivement à l'étude de l'ostéo-périostite, nous ne parlerons des accidents muqueux que parce qu'ils peuvent être l'origine de l'affection qui nous occupe.

Accidents inflammatoires muqueux.

Magitot les nomme ainsi parce que la lésion première siège sur une muqueuse. Il distingue deux cas :

Dans le premier la gencive, par sa dureté, oppose un obstacle presque invincible à la sortie de la dent.

Dans le second cas, cette dent se déviant en dedans ou en dehors, vient irriter par sa couronne la joue ou la langue.

Le premier surtout nous intéressera.

A un premier degré, il ne s'agit que d'une légère irritation de la gencive. Tout se calme au bout de quelques jours. D'autres fois, au contraire, la fibro-muqueuse, extrêmement dure, résiste. Elle devient rouge, enflammée, elle est le siège d'une douleur vive, s'exagérant à la pression. Si elle ne cède pas, ou si elle ne cède que sur un point, un abcès se forme. Entretenu par les débris alimentaires et la fermentation putride qui en résulte (1), des décollements se produisent

(1) Thèse de Cornudet, Paris, 1886.

bientôt, favorisés d'ailleurs par la facilité avec laquelle la membrane enflammée se laisse séparer du corps de l'os. Qu'un traitement approprié ne vienne mettre fin à cet état qui n'a que bien peu de tendance à guérir spontanément, on pourra observer, par le fait de la propagation de l'inflammation, une ostéo-périostite, qui entraînera avec elle les plus graves conséquences.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans le cas de déviation de la dent, l'irritation se portera sur toutes les muqueuses de la langue ou de la joue et on n'aura presque jamais à redouter des complications semblables aux précédentes. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

Accidents inflammatoires osseux.

Si nous passons maintenant aux accidents inflammatoires osseux, nous voyons que ceux-ci sont dus à l'inclusion de l dent de sagesse. Celle-ci, en effet, est entravée par les parties dures qui l'empêchent de prendre une autre direction. Et la raison principale de cette inclusion est précisément l'insuffisance de l'espace offert par le maxillaire pour l'éruption de l'organe. En effet, nous avons vu dans les considérations anatomiques que la troisième molaire ne se développe que longtemps après les deux autres. Or, si, pour une cause quelconque, le maxillaire se trouve arrêté dans son évolution et ne peut présenter la place nécessaire; si la seconde molaire se trouve plus rapprochée qu'elle ne le devrait de la branche montante; si enfin, le volume de l'une ou de l'autre se trouve exagéré, la dent ne pourra gagner le rebord alvéolaire, et restera plus ou moins cachée dans l'intérieur de l'os. Il en sera de même si le bourgeon épithélial d'où dérive l'organe se développe en un lieu anormal.

Dans ces conditions, la dent exerce une pression vive sur les parties dures qui l'environnent. Cette pression suffit le plus souvent à provoquer des accidents inflammatoires qui, partis soit du périoste alvéolo-dentaire qui entoure la racine, soit du tissu osseux lui-même se propageront peu à peu au corps du maxillaire.

Enfin, ces irrégularités de la dent de sagesse pourront s'accompagner d'une carie qui, venant s'ajouter aux causes d'irritation déjà signalées, aggravera encore la phlegmasie en voie d'évolution.

III

Symptomatologie.

Nous serons bref sur la symptomatologie des accidents muqueux :

Ils seront, ou très faciles à reconnaître; ou bien, s'accompagnant de lésions qui, de prime abord, paraissent être complètement étrangères à la cause qui les a produites, l'attention se portera sur ces dernières, et les accidents persisteront jusqu'à ce qu'un examen plus sévère mette enfin le chirurgien sur la voie du diagnostic.

Dans les premiers cas, la muqueuse est rouge, enflammée, très douloureuse à la pression. On aperçoit quelquefois un point blanc : c'est un des tubercules de la dent. Ici, donc, aucune difficulté. Un traitement approprié mettra bien vite fin aux tourments du patient.

D'autres fois, au contraire, les désordres observés sont tels et paraissent si étranges, que l'on ne reconnaît la cause que fort longtemps après. Ainsi, citerons-nous l'observation du docteur Fiard, rapportée par Toirac, dans laquelle le symptôme prédominant était une angine localisée à l'amygdale du côté de la dent malade. Celle-ci était complètement cachée par la gencive enflammée. Une incision de la membrane suivie de cautérisations fit tout disparaître.

Notons encore, pour mémoire, la stomatite ulcéro-membraneuse et l'adénite sous-maxillaire consécutives.

Enfin, l'examen de la partie malade peut être rendu presque

impossible par la constriction des mâchoires. Ce dernier symptôme qui accompagne le plus souvent les accidents osseux, nous conduit à parler naturellement d'une forme plus grave : je veux parler de l'ostéo-périostite.

On décrit deux sortes d'ostéo-périostite : l'ostéo-périostite chronique et l'ostéo-périostite aiguë. Cette dernière, de beaucoup la plus fréquente, attirera spécialement notre attention.

Elle revêt deux formes : une forme légère et une forme grave.

La première est constituée uniquement par l'inflammation du périoste alvéolo-dentaire et du rebord gingival (Obs. I). Limitée ainsi, l'affection est sans gravité. Nous n'en dirons pas autant de l'autre cas dans lequel tout le corps de l'os est atteint.

Aussi cette forme ne se déclare-t-elle jamais d'emblée. Qu'elle succède à des accidents muqueux ou à l'irritation du périoste par compression des parties dures, le gonflement apparaît, alors que depuis longtemps déjà le malade se plaignait de douleurs au niveau de la dent en cause. Ce gonflement s'accompagne de rougeur et de chaleur. Peu de temps après survient une fièvre plus ou moins intense. On peut être sûr qu'il y a formation de pus.

Le facies du malade atteint d'ostéo-périostite est typique. Presque toujours limitée à l'angle de la mâchoire, la tuméfaction s'étend vers la branche montante du maxillaire inférieur et atteint son maximum à la portion massétérine. Rarement elle descend vers la glande sous-maxillaire. Celle-ci, d'ailleurs, n'est presque jamais prise qu'il s'agisse d'une périostite ou d'un adéno-phlegmon.

Le vestibule de la bouche est douloureux. Enfin, la douleur occasionnée par la résistance opposée par le périoste au pus qui commence à se former et qui tend à le séparer de l'os, est extrêmement violente.

Le cou est raide; le patient incline la tête du côté malade. On trouve en même temps une constriction des mâchoires, ne permettant, qu'avec difficulté, la déglutition des aliments, mêmes liquides.

La localisation du gonflement dans cette affection est pathognomonique.

Tillaux, dans son Traité de Cliniques, et notre regretté professeur Cras insistent beaucoup sur ce caractère, qu'ils considèrent comme la base du diagnostic différentiel entre l'adénophlegmon sous-maxillaire et l'affection qui nous occupe. Aussi m'appesantirai-je un instant sur cette question.

Toutes deux, en effet, ont souvent la même origine : la carie de la troisième molaire. Dans le premier cas, la phlegmasie se propage par les lymphatiques ; dans l'autre par extension à la fibro-muqueuse. Et tandis que, dans cette dernière, la tuméfaction atteint son maximum au-dessus du maxillaire et dans la région massétérine; dans l'adéno-phlegmon le gonflement est limité à la région sus-hyoïdienne, et pourra même s'étendre beaucoup plus loin. De plus, la douleur est moins vive ; le vestibule de la bouche plus libre et moins douloureux.

La périostite aiguë ne se termine jamais par résolution: il se forme toujours du pus. Lorsque la maladie n'est pas à un degré trop avancé, ce dernier existe en nappe entre la fibro-muqueuse et le maxillaire; mais la fluctuation se fait longtemps attendre. En effet, ainsi que le fait remarquer Magitot, le pus a peu de tendance à prédominer du côté du vestibule buccal. C'est, d'ailleurs, l'opinion du profeseur Heydenreich.

« Lorsqu'une périostite occupe le sommet d'une alvéole, l'issue » des accidents ultérieurs dépendra du rapport de niveau entre » le point affecté du périoste et le fond de la gouttière vestibu- » laire, c'est-à-dire de cette gouttière que limitent en dehors » les lèvres et les joues, et en dedans l'arcade dentaire corres-

» pondante. M. Magitot, dans ses diverses publications, a parti-
» culièrement insisté sur ce point. Si le sommet de la racine
» correspond à la cavité du vestibule, l'abcès s'ouvrira dans ce
» dernier; mais, lorsque ce sommet est situé à un niveau plus
» profond, le pus, cherchant son issue la plus directe, se por-
» tera vers les téguments de la joue au travers du tissu cellu-
» laire lâche de la région ; dans ce cas, il y a phlegmon facial
» et ouverture cutanée.

» Or, comme la muqueuse du vestibule se relève presque
» toujours au niveau du collet de la dent de sagesse inférieure,
» pour se continuer avec celle qui tapisse l'apophyse coronoïde,
» il en résulte que la portion radiculaire de cette dent répond
» en totalité à un niveau inférieur au fond du sillon. Ainsi
» s'explique la fréquence des phlegmons et fistules des régions
» faciale et cervicale dans l'histoire des accidents provoqués
» par l'éruption de la troisième molaire. Ce ne sera guère que
» dans les cas de désordres graves et étendus que le pus se fera
» jour à la fois dans deux directions opposées, vers la gencive
» et vers la face ».

J'ajouterai à cet exposé que le pus ne se fera jamais jour au niveau même de l'angle de la mâchoire. Nous avons vu qu'il en est empêché par la résistance que lui apporte l'insertion inférieure du masséter. On percevra la fluctuation à quatre centimètres environ en avant de cet angle, sur le rebord du maxillaire, entre les fibres antérieures du masséter et celles du triangulaire du menton, en un point où ces muscles sont séparés par du tissu cellulaire lâche. Il s'étendra également du côté de la branche montante.

En énumérant les symptômes de l'affection, j'ai parlé de la constriction des mâchoires qui accompagne toujours l'ostéo-périostite. A quoi est due cette constriction? Pour les uns, se fondant sur ce que la constriction des mâchoires peut exister

dans le cas d'accidents muqueux, qu'elle apparaît et atteint son maximum en un temps presque inappréciable, elle ne serait que le résultat d'une contracture réflexe. Pour les autres, MM. Magitot et Heydenreich entre autres, elle serait le résultat de la propagation de l'inflammation aux muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, et elle serait d'autant plus intense et plus difficile à guérir que l'affection serait plus ancienne.

Sans vouloir nier la théorie de la contracture réflexe, nous nous rallierons à la seconde opinion, en faisant observer que, lorsque l'inflammation est récente, que le tissu inter-fasciculaire du muscle n'a pas encore eu le temps de se transformer en tissu fibreux, cette constriction cède à l'évacuation du pus. Nous avons été à même de le remarquer nombre de fois, et ce fait se trouve soigneusement noté dans les observations qui vont suivre.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'ostéo-périostite est grave lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. N'ayant aucune tendance à guérir spontanément, le processus inflammatoire augmente sans cesse. Il se forme des fistules à la peau, à la muqueuse. L'os, dénudé de son périoste, se nécrose et donne lieu à une suppuration fétide intarissable. Le malade ne pouvant ouvrir la bouche, la nutrition se fait peu ou pas; l'haleine devient fétide; le pus déversé par les fistules à l'intérieur de la bouche est avalé en grande quantité; l'amaigrissement survient; la peau prend une couleur terreuse; la fièvre hectique s'allume. En un mot, nous sommes en présence de cet état que Chassaignac a justement appelé « cachexie buccale », qui peut entraîner la mort,

ainsi qu'il résulte des observations relatées par Gaujot (thèse de Chevassu).

Le pus peut encore se frayer un chemin du côté de l'encéphale et occasionner un abcès du cerveau (Tueffert, *Union médicale,* 1877) ; du cou et du médiastin lorsque les obstacles qui s'opposaient à sa propagation ont été détruits et que l'inflammation a gagné les ganglions sous-maxillaires, par la voie des lymphatiques, ainsi que j'en rapporte moi-même un exemple (Obs. VIII).

Bien que cette issue funeste soit l'exception, l'affection abandonnée à elle-même n'en a pas moins de fâcheux résultats par suite des suppurations interminables qu'elle entraîne. Le devoir du médecin est donc de les prévenir, autant que faire se peut.

C'est ce que nous examinerons dans le prochain paragraphe, à propos du traitement employé jusqu'à ce jour, et surtout de celui préconisé par notre maître regretté, M. le professeur Cras.

IV

Traitement.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire tous les différents modes de traitement mis en usage jusqu'à ce jour.

Ils varieront d'ailleurs avec les formes que présenteront eux-mêmes les accidents.

Dans la première subdivision des accidents inflammatoires, ceux-ci sont localisés à la muqueuse et sont dus, soit à la compression exercée sur cette dernière par la dent en éruption, soit à la rencontre d'une dent opposée. Il n'y a complication d'aucune sorte, ni inflammation du périoste du maxillaire, ni du tissu osseux, ni constriction des mâchoires.

Ici, l'indication est très nette. Inciser, ou plutôt exciser la partie de la gencive qui recouvre la couronne de la dent.

Cette excision devra être complète, c'est-à-dire comprendre l'ablation entière du lambeau qui recouvre l'organe. Si, en effet, vous ne faites qu'une incision linéaire, voire même une incision en V, comme on l'a recommandé, la cicatrisation, favorisée par la vascularité de la gencive, s'opère, la membrane se reconstitue et le bénéfice de l'opération est perdu.

On peut se servir, soit du bistouri, soit des ciseaux, soit de l'anse galvano-caustique.

On pansera ensuite avec des collutoires antiseptiques au chlorate de potasse et à l'acide borique.

Au besoin, si les bords de la plaie deviennent fongueux, tuméfiés, on les cautérisera, soit au nitrate d'argent, soit

l'acide chromique qui a l'avantage d'être sans action sur l'émail des dents.

Ceci n'est applicable, bien entendu, que si la dent a sa forme et ses rapports normaux, si la direction qu'elle suit dans son développement n'est pas vicieuse, enfin, si elle n'est pas cariée.

Dans le cas contraire, il ne faudra pas hésiter à la sacrifier, sous peine de voir se développer les accidents que nous avons mentionnés.

L'avulsion de la dent sera encore formellement indiquée lorsqu'il existera une ulcération de la langue ou de la joue. Sans cela, la cause de la lésion persistant, tous les topiques du monde ne parviendront pas à la guérir. C'est alors que, lorsque la dent est déviée en dehors, on voit se produire, ainsi que l'ont constaté Toirac, Robert et tant d'autres, des perforations de la joue.

N'oublions pas que ces ulcérations sans cesse irritées, peuvent dégénérer et être le point de départ de tumeurs malignes, notamment d'épithéliomas.

Le traitement consistera, une fois la dent enlevée, en applications topiques analogues à celles que l'on emploie lorsqu'on pratique l'excision de la muqueuse; en lavages fréquents, de manière à déterger les parties et à empêcher le croupissement des liquides sanieux. Pour ces lavages, on se servira avec avantage de la solution suivante :

Solution : Acide borique..... 40
Eau distillée..... 1000

L'acide borique, si fréquemment employé depuis quelque temps, et que M. Cras préconise également dans la thérapeutique oculaire, n'est peut-être pas aussi antiseptique que l'acide phénique ou les solutions de sels mercuriaux; mais il présente

le grand avantage de ne pas irriter les muqueuses et de ne faire courir aucun danger au malade dans le cas d'absorption.

Nous avons décrit deux degrés d'ostéo-périostite. Dans le premier, le périoste alvéolo-dentaire est seul en cause; dans le second, nous sommes en présence d'une inflammation qui s'est généralisée sur tout le corps du maxillaire.

Le traitement ne saurait donc être identique dans ces deux cas.

S'il ne s'agit que d'une périostite alvéolo-dentaire, l'abcès, s'il existe, restera cantonné aux alentours de l'alvéole; s'il y a nécrose, elle ne portera que sur ses parois et le séquestre sera petit et formé seulement par une partie de cet alvéole.

Dans ce cas, la dent, une fois enlevée, laisse le pus s'écouler librement, le séquestre s'élimine et tout rentre dans l'ordre.

Il n'en est pas de même dans l'ostéo-périostite du corps du maxillaire.

Ici, vous avez de la fièvre, du trismus, des douleurs excessivement violentes.

Il faut donc intervenir et rapidement, pour ne pas laisser à la maladie le temps de s'étendre et de causer des désordres irréparables.

Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il faut enlever la dent de sagesse.

Nous avons vu, en effet, que les causes les plus fréquentes de l'affection étaient, soit la carie, soit l'éruption anormale de l'organe, soit même, et souvent, ces deux causes réunies.

Cette idée a été poussée à l'excès par Toirac et après lui Desprès qui, persuadés que l'affection est due surtout à la compression exercée les unes sur les autres par les dents, faute de place nécessaire pour évoluer, ont proposé, comme moyen préventif, l'avulsion de la deuxième et même de la première molaire.

Nous ne nous arrêterons pas à ce moyen, dont Magitot, depuis longtemps, a fait justice.

Nous supposons l'affection constituée. L'indication est encore plus formelle.

Mais, si impérieuse qu'elle soit, elle rencontre souvent de grandes difficultés dues aux causes énumérées plus haut.

Parmi celles-ci, la plus difficile à vaincre est la constriction des mâchoires et, pour y parvenir, on a eu recours à bien des moyens.

D'abord aux antiphlogistiques : sangsues, émollients, etc., etc. Mais les résultats, si tant est qu'on en ait, se font longtemps attendre, et pendant ce temps les phénomènes morbides s'aggravent de plus en plus.

Le chloroforme a été ensuite employé. Je n'en parlerai que pour le proscrire. On sait que le masséter est le dernier des muscles à céder à son action et nécessite des doses énormes de l'agent anesthésique. Et si l'inflammation est violente et déjà ancienne, il sera sans effet, à moins, ce qui est bien rare, qu'on ait affaire à une contracture réflexe.

Reste la dilatation forcée. Toirac employait dans ce but des morceaux de bois taillés en biseau, de plus en plus volumineux. Mandner a inventé une vis conique qui ouvre graduellement la bouche. Mais ce sont là des moyens trop lents et qui ne peuvent être utiles que lorsque la constriction ne s'accompagne pas d'inflammation, ce qui est loin d'être le cas ici.

Frappé de tous ces inconvénients, M. Cras, dans sa pratique, a substitué à tous ces modes de traitement plus ou moins aléatoires une méthode certaine, dont il n'est parlé dans aucun traité et sur laquelle nous allons nous étendre longuement.

Nous voulons parler de l'ouverture précoce, par la voie cutanée, des abcès périostiques du maxillaire.

Pour plus de clarté, nous diviserons l'opération en trois temps :

1° Ponction exploratrice;

2° Débridement;

3° Drainage.

Premier temps. — Se pratique à l'aide d'un couteau de de Grœfe.

On l'enfonce perpendiculairement aux téguments, à un centimètre environ au-dessus de l'angle de la mâchoire, et à quelques millimètres en avant du bord postérieur de la branche montante. On traverse le masséter et on arrive sur le périoste. Si celui-ci est décollé et séparé du corps de l'os par une nappe de pus, on aura, par la percussion, cette sensation particulière que donne un os dénudé. Le diagnostic est alors fixé; il ne s'agit plus d'une simple fluxion, mais bien d'une affection osseuse. On pratique donc le débridement.

Second temps. — On introduit une sonde cannelée dans la plaie. Apparaissent quelques gouttes de pus, confirmant la sensation donnée par le couteau, et l'on prolonge l'incision vers le haut dans l'étendue d'un centimètre à deux.

Troisième temps. — Il ne reste plus maintenant qu'à passer un drain de faible calibre et à pousser des injections boriquées tièdes dans la cavité, de manière à donner issue au pus qui y est renfermé.

L'opération ainsi conduite, restent à discuter ses avantages et ses inconvénients.

Tout d'abord le diagnostic, si difficile au début, entre la fluxion et un abcès, se trouvera confirmé. S'il s'agit d'un abcès, la sensation transmise par le contact du couteau de de Grœfe avec la surface osseuse dénudée, vous éclairera immédiatement et vous passerez au débridement.

Dans le cas contraire, la plaie, presque imperceptible,

produite par l'instrument, se refermera de suite, sans laisser de cicatrice apparente.

J'aurai d'ailleurs à revenir sur ce dernier point qui est un des inconvénients qu'on ne manquera pas d'opposer à la méthode.

Si l'on est en présence d'une périostite phlegmoneuse, un des premiers résultats sera de mettre fin aux douleurs excessives ressenties par le patient, lesquelles, nous le savons, sont dues à la résistance opposée par le périoste à son détachement du maxillaire.

De plus, si l'affection a été prise au début, comme la membrane n'est pas encore altérée par le processus morbide, elle se réappliquera sur l'os et l'on évitera ces interminables décollements, fatalement suivis de nécrose et de séquestres si longs à éliminer et si redoutables par les conséquences qu'ils entraînent.

Enfin, sous l'influence de ce débridement qui, selon nous, est le meilleur des antiphlogistiques, l'inflammation disparaît rapidement; la constriction des mâchoires cesse de se produire et rend possible l'extraction de la dent, cause première de tous les accidents.

Quels seront donc les inconvénients de cette pratique? A l'endroit où se fait la ponction, nous n'avons à craindre ni lésion des vaisseaux, (l'artère et la veine faciales passent en avant) ni lésion des organes environnants, le canal de Sténon se trouve au-dessus de l'incision et la parotide, en arrière.

La cicatrice résultant de l'opération sera une objection plus sérieuse. Dans cette région, surtout chez les femmes, elle est toujours une chose fâcheuse. D'un autre côté, ne pourra-t-elle pas contracter des adhérences avec le muscle sous-jacent et entraîner ainsi une infirmité excessivement gênante?

Non, répondrons-nous. La cicatrice résultant de la plaie,

dirigée dans le sens vertical, sera à peine visible. Quant aux adhérences, elles seront empêchées par les mouvements continuels de va-et-vient de la peau de la région sur le muscle.

Un des premiers bénéfices de cette pratique est, en effet, de supprimer le trismus et de restituer au masséter la presque totalité de ses mouvements.

Les phénomènes inflammatoires aigus sont enrayés. Ce qu'il y a à craindre maintenant, c'est la formation d'une fistule intarissable et de nouvelles poussées, constituant ce qu'on a appelé l'ostéo-périostite à répétition. Comment l'éviter? en supprimant la cause de la maladie, en extrayant la dent malade.

Et cette extraction sera rendue facile par la possibilité d'ouvrir la bouche. On n'aura pas recours à la *langue-de-carpe*, préconisée par nombre d'auteurs et qui, malgré les affirmations de Magitot et d'Heydenreich, n'est pas sans offrir de nombreux inconvénients.

Magitot prétend qu'on peut utiliser cet instrument, même dans le cas de constriction absolue. Ceci nous paraît peu possible. En effet, les téguments tuméfiés au maximum ne permettent guère de découvrir l'organe profondément situé dans la cavité buccale. De plus, le point d'appui que l'on est obligé de prendre sur la deuxième molaire risque fort de l'ébranler, ou de la briser. Et, comment l'employer, si cette dernière fait défaut? C'est pourquoi, nous préférons à cet instrument le davier de forme américaine dont l'introduction est permise par la restitution des mouvements de la mâchoire. Par sa forme spéciale, ce davier embrasse exactement la couronne de la dent au niveau du collet, de manière à empêcher tout glissement. Par des mouvements combinés, on opère la luxation de la dent, qu'on enlève ensuite facilement. On est ainsi à l'abri de tous les délabrements qui peuvent suivre l'emploi d'instruments dont on ne peut exactement déterminer le point d'application, ni limiter l'action.

Je ne parlerai que pour mémoire des traitements à employer lorsque, trop longtemps négligée, l'affection est arrivée à la formation de séquestres étendus et à une constriction incurable, par suite de la dégénérescence fibreuse des muscles élévateurs de la mâchoire. On pourra tout d'abord essayer de la dilatation progressive, à l'aide de la vis conique de Mandner, ou, comme le fait Toirac, à l'aide de coins de bois de plus en plus volumineux. Mais ces moyens seront la plupart du temps insuffisants; et l'on aura alors recours, soit à la résection de la branche montante, soit à l'opération d'Esmark ou à celle de Rizzoli.

Les indications et le traitement soutenus ici nous ont paru mériter l'attention des chirurgiens dans l'intérêt du malade et de l'art.

Nous le préconisons avec d'autant plus de confiance que le vénéré maître qui nous l'a indiqué n'en était pas à ses coups d'essai.

Ce qu'il avançait était longuement mûri et frappé au coin d'une savante expérience.

Il est vrai que les anthropologistes nous font entrevoir pour un avenir plus ou moins rapproché un résultat meilleur, produit par les efforts seuls de la nature, la loi du perfectionnement et du progrès.

Le prognathisme a des tendances à s'atténuer, à disparaître dans les races supérieures dont les molaires sont plus petites, moins régulières et souvent en moins grand nombre que chez les races inférieures. Partant plus de place, pour l'évolution de la dent de sagesse, sur le maxillaire inférieur.

Espérons que notre race profitera la première de cet arrêt de développement et, si la sagacité des chirurgiens y perd, l'humanité verra disparaître à son profit un mal qui, sans être compris au nombre des fléaux, n'en constitue pas moins une page importante de la pathologie.

V

Observations

OBSERVATION I

Périostite alvéolo-dentaire de la 3me molaire inférieure droite. — Enlèvement de la dent. Guérison.

M. de V..., lieutenant de vaisseau, 29 ans, entre à l'hôpital maritime de Brest, pour abcès dentaire, le 30 juin 1888.

Début des accidents, il y a quatre ans et demi, au moment où cet officier faisait sa dent de sagesse. Actuellement, la dent est complètement cariée.

Il y a quatre semaines, le malade ressentit quelques douleurs au niveau de la dent malade. Abcès consécutif auquel a succédé une petite fistule laissant échapper plusieurs gouttes de pus.

Léger gonflement de la joue correspondante. Douleurs passagères, intermittentes. Pas de trismus. Etat général satisfaisant.

Le 2 *juillet,* on procède à l'extraction de la dernière molaire au moyen du davier américain. Le lendemain et le surlendemain, on trouve quelques esquilles formées par les parois de l'alvéole.

Guérison complète huit jours après. Le malade sort et reprend son service.

OBSERVATION II

Ostéo-périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur. — Ponction. — Drainage. — Guérison.

Madame X..., 27 ans, a fait sa dernière grossesse, il y a dix mois environ. Au début de cette dernière grossesse, elle s'est aperçue que sa dent de sagesse inférieure gauche commençait à se carier. Depuis un mois environ,

douleurs sourdes au niveau de la dent malade, légère fluxion de la face. Cet état peu inquiétant reste stationnaire durant trois semaines. Il y a quatre jours, la joue a commencé à enfler. En même temps, trismus, douleurs excessivement violentes s'irradiant dans l'oreille du côté malade, perte d'appétit, du sommeil, fièvre.

La malade présente aujourd'hui le facies typique mentionné plus haut; tuméfaction considérable de toute la joue, ayant son maximum au niveau de l'angle de la mâchoire. Œdème des paupières. Au-dessous du maxillaire, légère rougeur au voisinage des ganglions sous-maxillaires qui sont engorgés. Impossibilité absolue d'ouvrir la bouche.

M. Cras, procède immédiatement au débridement comme nous l'avons indiqué; drainage et injections boriquées.

Trois jours après, ces phénomènes douloureux et inflammatoires ont cessé, la malade peut ouvrir la bouche; il ne sort que très peu de pus par le tube à drainage.

Le cinquième jour on procède à l'avulsion de la dent et on supprime le tube.

Guérison complète sans cicatrice adhérente en douze jours.

OBSERVATION III

Ostéo-périostite ancienne. — Nécrose du maxillaire.

Bleuzen, Goulven, 31 ans, cultivateur aux environs de Brest.

Il y a sept mois, Bleuzen, souffrant d'une dent cariée veut se la faire enlever. C'était la troisième grosse molaire inférieure gauche; mais, le dentiste s'étant trompé enleva la deuxième molaire.

Quelques jours après, gonflement manifeste de la joue accompagné de douleurs, trismus peu accentué, léger mouvement fébrile. Un médecin pratique, du côté interne de la muqueuse, une incision qui donne issue à un peu de pus.

Depuis, le gonflement n'a pas disparu; écoulement très abondant de pus fétide par la fistule gingivale restée à la suite de l'incision; cachexie : état fébrile dû à la résorption des liquides sanieux.

M. Cras le voit pour la première fois le 1er septembre. A cette époque, l'état général est très mauvais, le malade étant épuisé par le manque de nourriture, l'insomnie, la fièvre. Les mâchoires ne peuvent s'écarter de plus d'un centimètre et demi.

Ce même jour une incision de 3 centimètres environ est pratiquée du côté externe, parallèlement à la branche montante du maxillaire. Ecoulement de pus grumeleux et fétide. Les injections faites du côté externe pénètrent dans la bouche. Un stylet introduit dans la plaie rencontre le maxillaire inférieur dénudé sur une grande étendue, on ne sent pas de sequestre mobile sous l'instrument. Drainage, lavages répétés.

Au bout de deux ou trois jours, amélioration très notable de l'état général. Il n'y a plus trace de gonflement.

10 *septembre* : Le pus s'écoule facilement au dehors; il est moins fétide et ne passe plus qu'en petite quantité dans la bouche. La plaie présente un excellent aspect; on continue les injections boriquées et les pansements iodoformés.

Le malade part chez lui et n'est revu qu'à de rares intervalles qui permettent cependant de constater que la guérison fait de rapides progrès.

Mais la suppuration est entretenue par la présence d'un sequestre volumineux qui commence à se mobiliser.

De plus, la constriction des mâchoires s'est bien peu améliorée. Le tissu musculaire du masséter soumis à un travail inflammatoire de si longue durée doit être transformé en tissu fibreux.

Réflexions.— Nous avons placé à dessein ces deux observations l'une à la suite de l'autre. On peut, à la simple lecture, les comparer entre elles et apprécier la différence des résultats obtenus.

La première est absolument typique. La malade présentait d'une façon saisissante ce facies que nous avons décrit et qui suffit presque à lui seul pour diagnostiquer l'ostéo-périostite. M. Cras en avait fait prendre la photographie, mais l'épreuve

a malheureusement été perdue et, à mon grand regret, je ne puis la reproduire.

On ne peut manquer d'être frappé des résultats, pour ainsi dire merveilleux, obtenus par le débridement préventif. En trois jours les phénomènes inflammatoires ont disparu, le trismus a cédé ; en douze jours on a une guérison complète.

Dans l'observation de Bleuzen, au contraire, l'affection a été, dès le début, livrée à elle-même ; aussi voyons-nous des décollements énormes, de la nécrose entraînant une suppuration interminable, des phénomènes de cachexie putride. Malgré l'amélioration obtenue par l'ouverture cutanée, la guérison se fait longtemps attendre et le malade ne récupèrera pas, avant longtemps, les mouvements de la mâchoire inférieure.

OBSERVATION IV

Ostéo-périostite du maxillaire. — Ponction. — Extraction de la dent de sagesse. — Guérison.

M. Van V..., sous-lieutenant d'infanterie de marine, 26 ans, entre pour abcès sous maxillaire, le 19 septembre 1888.

L'affection date d'un mois environ, époque à laquelle le malade s'est aperçu du gonflement de la joue gauche.

Actuellement, tuméfaction considérable ; les mâchoires ne peuvent s'écarter de plus de 2 centimètres. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Pas de fluctuation en aucun point. Quelques douleurs lancinantes de temps en temps. Pas de fièvre. Etat général satisfaisant.

Le 24, on perçoit un point fluctuant au niveau du bord antérieur du masséter, sur le rebord du maxillaire.

Le 26, ponction au niveau du point fluctuant. Ecoulement de quelques gouttes de pus.

Le 27, l'ouverture de la bouche est suffisante pour permettre l'introduction du davier. Extraction de la dernière molaire gauche.

Le 10 *octobre,* il reste un petit trajet fistuleux d'environ 5 centimètres de profondeur, qui donne issue à quelques gouttes de pus.

Le 1er *novembre,* le trajet fistuleux est fermé ; il reste un peu d'induration dans la région malade. M. Van V..., part en congé de convalescence.

OBSERVATION V

Depardieu, Léon, 24 ans, soldat 19e de ligne, entre le 17 décembre 1888, dans le service de la salle 4, pour abcès dentaire.

Depuis deux mois environ, violents maux de dents avec douleurs s'irradiant dans la joue gauche. A eu plusieurs fluxions qui disparaissaient d'ailleurs au bout de peu de jours.

Le 13 au matin, ce soldat se présente à la visite avec une nouvelle fluxion accompagnée de fièvre. Admis d'abord à l'infirmerie, on le dirige quelques jours après sur l'hôpital, le mal ayant empiré malgré un traitement antiphlogistique.

A son entrée, on constate les symptômes suivants : gonflement de la joue gauche remontant jusqu'à l'orbite ; rougeur des parties environnantes. Engorgement ganglionnaire. Difficulté d'ouvrir la bouche.

Néanmoins, on peut reconnaître que la troisième molaire gauche est complètement cariée. Insomnie, fièvre, anorexie.

Le 18 : On fait ce matin, au-dessus de l'angle de la mâchoire une incision d'environ 2 centimètres. Ecoulement assez considérable de pus. Drainage. Pansement phéniqué.

Le 21 : Le gonflement a disparu mais, à la hauteur de la dent, il s'est produit une fistule entre la gencive et la joue. Extraction de la dent.

On pratique les jours suivants quelques cautérisations ; la fistule se referme.

Exeat le 29 *décembre,* complètement guéri, pour reprendre son service.

OBSERVATION VI

Kerrotret (François), dix-neuf ans, matelot de pont, admis le 1er juin 1888 à la salle 4 pour « abcès dentaire ».

S'est fait extraire une grosse dent, il y a huit jours. Le surlendemain, fluxion qui le fait exempter de service au corps. Il nous arrive avec un abcès datant de trois jours et siégeant au niveau de la deuxième molaire gauche, sur le corps du maxillaire.

Fluctuation en ce point. Gonflement de toute la joue. Trismus. Un peu de fièvre.

Incision au lieu d'élection le 2 juin. Issue d'une assez grande quantité de pus.

Drainage. Pansement phéniqué.

Sort guéri le 22 juin.

OBSERVATION VII

Nicoll (Auguste), 25 ans, quartier-maître de canonnage. Entré le 29 juillet 1888 dans le service de M. le professeur Auffret pour « ostéo-périostite du maxillaire inférieur ».

Cet homme souffrait, depuis quelque temps, d'un mal de dents localisé à la dernière molaire inférieure gauche. Les douleurs, très vives, présentaient quelques intermittences. Il y a quelques jours, le malade s'est aperçu d'un gonflement progressif de la joue gauche, les douleurs sont devenues excessives. Insomnie, fièvre, constriction absolue des mâchoires.

30 *juillet :* Fluctuation en avant et au-dessus de l'angle de la mâchoire. L'œdème a envahi la paupière correspondante.

Incision verticale au point fluctuant ; issue d'une vingtaine de grammes de pus bien lié. Injection phéniquée, pansement antiseptique.

Le 31 : Légère diminution de l'inflammation.

3 *août :* L'inflammation a cédé ; le malade ouvre la bouche. Extraction avec la clef de Garengeot des racines de la troisième molaire.

Exeat le 22 août, complètement guéri.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. Chevalier, ex-interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Ostéo-périostite du maxillaire, consécutive à l'éruption de la dent de sagesse droite. — Phlegmon sus et sous-hyoïdien avec œdème de la glotte et abcès du médiastin. (Mort).

Dupouy (Auguste), 29 ans, entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, à la salle 11, le 23 avril 1888. Pas d'antécédents héréditaires.

La dent de sagesse du côté gauche a évolué normalement, il y a environ deux ans. Celle du côté droit a commencé à poindre il y a neuf jours.

Deux jours après l'apparition de l'organe, douleur à la mastication, lorsque les aliments solides touchent la gencive qui recouvre la couronne.

Cet état a persisté jusqu'au quatrième jour, époque à laquelle Dupouy va consulter un médecin qui lui ordonne de la décoction de pavot ; dans la nuit les douleurs deviennent intolérables, les gencives se tuméfient et toute la partie externe de la joue, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'aux yeux, s'œdématie.

C'est en cet état qu'il entre à l'hôpital.

Examen du malade : Homme robuste, très pâle, fatigué par l'insomnie et la privation d'aliments.

Toute la face du côté droit, depuis le point correspondant à la canine jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique, y compris la paupière inférieure, et la pommette, est œdématiée. Chaleur exagérée de ce côté, douleur à la pression.

L'écartement des mâchoires ne dépasse pas 3 centimètres; la salive s'écoule en abondance le long des commissures labiales.

Malgré la difficulté de l'examen, on pouvait néanmoins se rendre compte de l'état de la partie postérieure de la mâchoire. A ce niveau et surtout avec l'aide du doigt, on peut se rendre compte du gonflement énorme de la

gencive entourant la dent de sagesse. On perçoit même de la fluctuation, ainsi que dans le point correspondant, sur la surface cutanée de la joue.

Le lendemain, au moment de la visite, mêmes symptômes, mais plus accusés. Fièvre intense, le gonflement a gagné la région sus-hyoïdienne des deux côtés.

On fait deux incisions, une au niveau et à deux centimètres plus bas que l'angle de la mâchoire, l'autre latéralement, sur le côté gauche de l'os hyoïde. Issue d'un flot de pus et de sang. Lavage à la solution phéniquée. Drainage.

Dans la journée, le malade avait une gêne respiratoire très marquée et, vers les 6 heures du soir, on fait appeler le premier interne.

A ce moment les phénomènes asphyxiques étaient manifestes, face congestionnée, lèvres, nez, extrémités bleuâtres, pouls filiforme.

Le pus avait envahi la région sous-hyoïdienne et le gonflement atteignait la fourchette sternale. De plus, les amygdales, les piliers étaient triplés de volume, signe d'œdème de la glotte.

En ce moment, on se décide à pratiquer la trachéotomie. Cette opération rencontre les plus grandes difficultés, dues aux couches multiples de pus, amoncelées devant la trachée. Enfin on découvre celle-ci à l'aide du doigt et on l'ouvre. Application d'une canule, la plus longue de l'arsenal.

Immédiatement amélioration notable, qui malheureusement ne fut pas de longue durée, puisque deux heures après le malade succombait.

Autopsie. 24 *heures après.* — Œdème considérable de la face, du cou, de la région buccale. La gencive du côté droit était complètement décollée par du pus ; au niveau de la dent de sagesse, le périoste était tuméfié et augmenté de volume et séparé de l'os par une nappe de pus.

La dent, petite, présentait une forme bizarre. La couronne mesurait 0,009 de long sur 0,007 de large. Du collet, très court, se détachaient deux courtes racines très volumineuses ; une troisième, née de la partie postérieure du collet, longue, mince et recourbée, allait rejoindre les deux autres de

manière à circonscrire un orifice assez grand, oblitéré par une esquille alvéolaire.

Toutes les couches des muscles du cou étaient séparées par du pus. A l'ouverture du thorax, le médiastin était littéralement rempli de pus.

Rien d'anormal dans les autres organes.

CONCLUSIONS

1° La dent de sagesse entraîne, dans son développement, surtout pendant son éruption, des accidents de diverse nature;

2° Parmi ceux-ci, un des plus graves est l'ostéo-périostite du maxillaire inférieur;

3° Il est indispensable de reconnaître l'affection au début, afin d'éviter les dégâts considérables qu'elle peut entraîner. Le diagnostic sera facilement fait à l'aide des signes indiqués ci-dessus;

4° Cette ostéo-périostite sera traitée avec avantage au moyen du débridement préventif par la voie cutanée, aidé du drainage et des moyens antiseptiques actuels.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr AZAM

Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 février 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Urbain Hémard. — De la vraye anatomie des dents, nature et propriété d'icelles (Lyon 1581).

Fauchard. — Le chirurgien dentiste (Paris, 1746).

John Hunter. — Œuvres complètes (Traduction Richelot 1839).

Jourdain. — Traité des maladies de la bouche (Paris, 1778, t. II, ch. XVII, p. 616).

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales (Paris, 1818, t. VI, p. 340).

Toirac. — Mémoire sur les diverses espèces de déviation dont est susceptible la dernière dent molaire (*In. Rev. Méd.*, 1829, p. 206).

Malagon-Désirabode. — Des dents de sagesse (Thèse de Paris, 1838).

Guibout. — *In. Union Méd.*, 1847.

Vautier. — *In. Gaz. des Hôp.*, 31 mai 1856.

Forget. — Des anomalies dentaires (Paris, 1859).

Robert. — *In. Gaz. des Hôp.*, 20 janvier 1859.

Gouriet. — *In. Gaz. des Hôp.*, 1860, p. 454.

Nélaton. — *In. Gaz. des Hôp.*, décembre 1861.

Magitot. — *In. Gaz. des Hôp.*, 1869, p. 250.

Magitot. — Sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (*In. Arch. gén. de méd*, 1867).

James Salter. — *In Gaz's hospital Reports* (3me série, vol. XIII, 1867, p. 80).

Fort. — *In. Union méd.*, 3e série, t. VII, p. 193, (1869).

Sarrazin. — Art. *dent.* In. Dict. de méd. et chirurg. pratiques.

F. Guyon. — Art. *Maxillaire.* In. Dict. Encyclopédique.

Duplay. — *In. Arch. gén. de Méd.*, 6e série, t. XXIII, 1873, p. 217.

Chevassu. — De quelques accidents causés par l'éruption et la déviation de la dent de sagesse (Thèse de Paris, 1873).

Morcrette.— De quelques accidents d'origine dentaire (Thèse Paris, 1853).

Dolbeau. — *In. Gaz. des Hôp.*, 1854, p. 1041.

Comoy. — Des déviations de la dent de sagesse inférieure. (Thèse Paris, 1876).

Pietkiewiez. — De la périostite alvéolo-dentaire (Thèse Paris, 1858).

A. Desprès. — *La Chirurgie journalière* (Paris, 1877, p. 656).

Richet. — *In. Gaz. des Hôp.*, 1877, p. 772.

Magitot. — Art. *Fluxion dentaire*. In Dict. Encyclopédique.

Duplay. — *In Progrès Médical*, 13 avril 1878.

Boisson. — De la constriction des mâchoires (Thèse Paris, 1878).

Guyet. — De la constriction spasmodique des mâchoires. (Thèse Paris, 1878).

Heydenreich. — Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse (Thèse d'agrégation. Paris, 1878).

Broca. — *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1879, p. 312.

Trichet. — Etat de la muqueuse de la bouche; rapports avec l'état des dents (Thèse Paris, 1884).

Cornudet. — Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse (Thèse Paris, 1887).

13,144. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.